

ふりがな	生年月日 昭和・平成 年 月 日		
お名前	年齢	歳	未婚 ・ 既婚
ご住所	〒		
連絡先	自宅電話() 携帯電話() ※こちらからお電話でご連絡する場合、(自宅電話がよい ・ 携帯電話がよい)		

1. 本日の受診目的をお答えください 以下の項目を○で囲むかもしくはご記入ください

<input type="checkbox"/> 検診を希望 乳がん 子宮頸がん(体がん) 骨粗しょう症 肺がん 大腸がん 性病検診	<input type="checkbox"/> アンチエイジングを希望 アンチエイジングドック プラセンタ注射 点滴 美肌内服薬 ホルモン補充療法(HRT)	<input type="checkbox"/> ピルを希望 低用量ピル 緊急避妊ピル
<input type="checkbox"/> 予防接種を希望 インフルエンザ 子宮頸がんワクチン 肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 生理移動を希望 月 日 から 月 日 を避けたい	<input type="checkbox"/> レディースドックを希望 シンプルコース フルコース
		<input type="checkbox"/> ブライダルチェックを希望 <input type="checkbox"/> 禁煙外来を希望

症状の相談・・・悩みや気になることまた希望をご記入下さい

2. みなさんお答えください

出産回数 回(普通分娩 回・帝王切開 回) あなたの身長(cm) 体重(kg)
 最近の生理はいつですか (月 日～ 日間) 閉経された方は (才)の時
 食べ物などのアレルギーはありますか ない ある()
 薬が合わなかったことがありますか ない ある()
 喘息といわれたことがありますか ない ある(治療内容)
 現在飲んでいる薬がありますか ない ある()
 これまでに大きな病気やけがをしたことがありますか ない ある()
 たばこを吸いますか 吸わない 吸う(1日 本)
 最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか (年 月 ・ 受けたことがない ・ 不明)
 最後に乳がん検診を受けたのはいつですか (年 月 ・ 受けたことがない ・ 不明)
 当院を何でお知りになりましたか(口コミ・インターネット・宣伝車・宣伝バス・看板・チラシ)

お薬手帳や他院の検査結果などをお持ちの方は、受付にご提出をお願いします。

ご記入いただいた個人情報診療以外に使用することはありません。
 たくさんのご質問にお答えいただきましてありがとうございました。ご協力に感謝いたします。